Rok XXIX. Kraków, 15 Lutego 1890. Nr. 7.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w Krakowie Administracyja, a w Paryżu p. Adam 81 Rue des Saintes Peres, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

# PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam, 81, Rue des Saintes Pères.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

| | w Austryi | w Król. Polskiém i Ces. Ros. | w Niemczech | we Francyi |
|---|---|---|---|---|
| Rocznie: | 8 złr. 80 ct. | 6 rsr. | 14 mk | 24 fr. |
| Półrocznie: | 4 „ 40 „ | 3 „ | 7 „ | 12 „ |
| Kwartalnie: | 2 „ 20 „ | 1½ „ | 3½ „ | 6 „ |




## I. Skolijozy powstające wskutek niektórych cierpień układu nerwowego i mięśniowego.

Przez
R. Jasińskiego,
chirurga warszawskiego szpitala dla dzieci.

(Rzecz czytana na Zjeździe chirurgów w Krakowie w październiku 1889).

Kol. Bossowski wydrukował w lipcu 1889 piękną pracę o skolijozie. W pracy téj oprócz własnych poglądów i pomysłów autora znajdziecie też Szan. Panowie streszczenie najnowszych prac Nicoladoniego, Lorenza i Fischera, a ze streszczenia tego dowiecie się, jak stoi dzisiaj anatomija patologiczna bocznego skrzywienia kręgosłupa.

Co do genezy tego cierpienia, to przyznać należy, iż żaden ze znanych dotychczas poglądów nie ogarnia jeszcze dostatecznie przedmiotu i teoryje owe albo są nieuzasadnione, albo skręcają się w kierunku swym na jedną stronę, pomijając mnóstwo zjawisk klinicznych, zależnych od innych, nieuwzględnionych na razie przyczyn.

Teoryja Huetera, któréj nawet doświadczenia na królikach robione przez samego autora nie były w stanie dowieść, z łatwością daje się obalić spostrzeżeniami klinicznemi. Z praktyki własnéj udało mi się wynotować liczne przypadki wad rozwojowych mostka, żeber i klatki piersiowéj, w których nie było ani śladu skolijozy kręgosłupa, a z drugiéj strony dużo widziałem bocznych skrzywień stosu pacierzowego, które powstały już po ukończeniu rozwoju kośćca.

Tymczasem każda z takich teoryj, jak Guérina, Stromeyera, Malgaigne'a, Eulenburga i Landerera zdaniem mojem mieści w sobie nieraz dużo prawdy, chociaż żadna z nich nie jest wystarczającą. Szkoda więc, że prawie każdy nowy badacz odrzuca taką teoryję i krytykuje ją rozbiorem własnym objawów równoległych, lub w innych przypadkach obserwowanych, zamiast przyznać słuszność częściową każdéj z nich, a swemi osobistemi poglądami takowe tylko uzupełnić. Dzieje się to zazwyczaj dlatego, że prawie każdy z tych, co o skolijozie piszą, ma głównie na celu usprawiedliwienie własnéj nowéj, czy odnowionéj metody leczniczéj, opartéj na zwalczaniu jednego tylko objawu, lub jednéj *a priori* przyjętéj przyczyny ogólnéj. Pomijane tedy bywają prace nieraz bardzo ważne, jak: Kehlera (*Beiträge zur vergleichenden und experimentellen Geburtskunde. Versuche zur Erzeugung difformer Becken*), który przecinając rozmaite mięśnie, otrzymywał zmiany kształtu miednicy i następcze skrzywienia kręgosłupa; Fehlinga [1]), rzucająca światło na związek skolijozy z pierwotnemi u płodu znalezionemi zniekształtnieniami miednicy i objaśniająca dziedziczność niektórych skrzywień; Mortona [2]), objaśniająca o częstości różnicy w wymiarach kończyn dolnych i o wpływie tych różnic na wzrost krzywo podpartego kręgosłupa; Lessera [3]), praca doświadczalna, któréj wynikiem jest rozjaśnienie „jednéj z wielu" przyczyn skolijozy, mianowicie wpływu, jaki wywiera na wzrost kręgosłupa nierównomierna działalność obu połów przepony.

Pominięte bywają i pomniejsze prace, chociaż z nich ważne nieraz terapeutyczne wskazówki niewątpliwie wypływają. Do tych ostatnich zaliczam śmiało moją własną rozprawkę o wadach wzroku, jako przyczynie skolijozy. Nie wspomina o niéj nikt, prawdopodobnie dla tego, że nie po niemiecku była drukowaną.

Wyróżniła się też w ostatnich czasach skolijoza t. zw. nawykowa z pośród szeregu licznych swych towarzyszek i samowładnie zajęła umysły badaczów, którzy w pracach swych pomijają wszelkie inne boczne skrzywienia kręgosłupa. Dla chirurga jest to zjawisko nieprzyjemne, specyjalne bowiem monografije czy podręczniki takie nie pomagają mu w studyjowaniu licznych przypadków cierpień kręgosłupa, które w praktyce napotyka. Nie o skolijozie w ogóle mam teraz zamiar mówić, lecz o pokrewnych z nią bocznych skrzywieniach tułowia.

[1]) Fehling. *Die Form des Beckens beim Fötus und Neugeborenen* (*Archiv f. Gynäkologie Bd.* X, H. 1.— [2]) Morton. *Asymmetry of the lower limbs as a cause of lateral spinal curvature.* (*American journal of medical sciences. April* 1875.) — [3]) Lesser. *Experimentelles u klinisches über Skoliose. Virchows Archiv für path. Anatomie u. Physiolog.* 1889, B. CXIII, H. 1.

Postanowiłem w przemówieniu dzisiejszem w krótkich słowach zwrócić uwagę Szan. Panów na niejedne z takich właśnie skrzywień kręgosłupa, które prawie nic wspólnego nie mają ze skolijozą habitualną, a jednak niepodobna uważać je za zjawiska wyjątkowo rzadkie. Pominąwszy zupełnie lata ubiegłe, wspomnę tylko, że w roku bieżącym, t. j. od dnia 1 stycznia 1889 roku aż po datę dzisiejszą, czyli do 1 października 1889, w mojéj książce klinicznéj zapisanych mam 102 przyp. (nowych) bocznego skrzywienia kręgosłupa. Nie liczę tu wcale przypadków obserwowanych przezemnie w oddziale chirurgicznym warszawskiego szpitala dla dzieci i w ambulatoryjum tegoż szpitala.

Otóż w tym samym przeciągu czasu obserwowałem: 2 przypadki skolijozy zależnéj od zapalenia nerwu (*ischias scoliotica*), 1 zależny od *dystrophia muscularis progressiva*, a jeden od dziwnéj postaci ogólnéj dyskinezy, przypominającéj nieco pląsawicę.

*Ischias scoliotica.*

Z powodu skolijozy przez cierpienie nerwu kulszowego wywoływanéj znowu zwrócić muszę uwagę na tę okoliczność, że gdyby Charcot uwzględnił był prace Alberta i Nicoladoniego, to nie twierdziłby wcale, iż on pierwszy zauważył i wyjaśnił sprawę, o któréj mowa.

W przebiegu niektórych postaci nerwobólu kulszowego występuje typowa forma skolijozy pochyłéj, którą od niedawnego czasu zajmować się poczęto. Przypadków dotąd opisanych znalazłem w dostępnych mi publikacyjach lekarskich 14. Dołączam do nich 2 spostrzeżenia własne z roku bieżącego i 2 także własne z lat minionych.

Oceniając należycie wartość czasu na Zjeździe, pozwolę sobie ominąć szczegóły historyczne téj sprawy, i poprzestanę na streszczeniu ostatniéj pracy dotyczącéj *ischias scoliotica*, mianowicie pracy Schüdela [1]).

Przy nerwobólu kulszowym połączonym ze skolijozą zajęte są cierpieniem włókna czuciowe, idące w gałęziach nerwów ruchowych, przeważnie tych, które zaopatrują przyczepy mięśni do miednicy. Z tego powodu kurczenie się tych mięśni jest bolesne, chory unika takowego, a wreszcie wywołać go nie jest w możności. Anomalije postawy zależą tu od stosunkowéj niesprawności powyższych mięśni wywołanéj cierpieniem nerwów kończących się w tych muskułach. W przypadkach typowych zawsze nerwy lędźwiowe zajęte są cierpieniem, chociaż w niektórych razach cierpienie samego splotu kulszowego sprowadzić może lekką skolijozę. Bierne prostowanie (rozciągnięcie) chorych mięśni wpływa kojąco, przez zmniejszenie bólu i zapewnienie spokoju. To bierne rozciąganie chorego mięśnia wykonywa sam chory bezwiednie i w ten sposób naraża się na powstawanie skolijozy typowéj. Nie chodzi tu o cierpienie samego mięśnia, jak w *myositis rheumatica*, gdyż wtedy każde rozciągnięcie takowego ból by tylko zwiększyć mogło. Tutaj nie muskuł, lecz końcowe gałązki nerwów czuciowych, biegnących wraz z ruchowemi, cierpieniem są zajęte.

Dowody na powyższą teoryję są jasne i przekonywające i tak:

Miednica jest po stronie choréj nieco podniesiona i ku tyłowi trzymana; ta strona pośladków jest wypuklejsza niż zdrowa, wgłębienie fizyjologiczne nad krętarzem wielkim prawie wypełnione. Noga chora stoi na ziemi nieco na zewnątrz i w tył odstawiona, w biodrze i kolanie zazwyczaj lekko zgięta. Wchodzą tu w grę następujące mięśnie: krzyżolędźwiowy, czyli *erector trunci*, *quadratus lumborum*, *glutaei*, *pyriformis*, *gemelli* i *obturator internus*.

Tułów pochylony na bok i nieco naprzód (*kyphoscoliosis*), nieco skręcony, a po stronie choréj masa mięśnia krzyżolędźwiowego podniesiona jest przez wyrostki poprzeczne. *Erector trunci* i *quadratus lumborum* po choréj stronie wcale nie działa, a tułów utrzymany zostaje działaniem tegoż mięśnia strony przeciwnéj. Fakt ten wystarcza, żeby wywołać skolijozę wypukłą po stronie choréj, ucisnąć wyrostki poprzeczne po zdrowéj tak, że przeciwległe podnoszą masę mięśniową (*strophosis*); kifozę części lędźwiowéj objaśniamy wprost brakiem lordozy, a brak ten zależy od zaburzonéj wspólności obu *erectores* w działaniu. Jeżeli staramy się wyprostować takiego chorego (w okresie trwania *neuritis*), to poczynają pojawiać się w mięśniu krzyżolędźwiowym odruchowe targania, wywołujące ból w nerwie kulszowym. Mięśnie strony zdrowéj znajdują się nie w przykurczeniu patologicznem (Babiński), lecz we fizyjologicznym skurczu i dlatego pacyjent cały pochyla się naprzód, żeby nie dopuszczać maksymalnego kurczenia się tego muskulu. Jednocześnie przez pochylenie się naprzód utrzymuje mięsień chory w pewnym stopniu napięcia (oddalając przyczepy jego). W ten sposób rozciągnięty mięsień zabezpieczony jest od mimowolnych drobnych skurczów, wywołujących odruchowo napad nerwobólu kulszowego. Jakiż jest związek między nerwami lędźwiowemi, zaopatrującemi mięśnie dźwigacze tułowia, a nerwem kulszowym? Hyrtl (*Lehrbuch der Anatomie* s. 930) powiada, że wątłe gałązki, idące od 1, 2, 3 i 4 nerwu krzyżowego, udają się przez dziury krzyżowe tylne ku tyłowi i tam łączą się cieniutkiemi wstępującemi i zstępującemi nićmi w wąski i nie okazały „splot krzyżowy tylny“, z którego wychodzą nerwy czuciowe, przebijające początek mięśnia pośladkowego wielkiego, a przeznaczone dla skóry okolicy krzyżowéj i ogonowéj.

Na preparatach podanych przez Schüdela widać anastomozy wstępujące, które ostatnią nawet gałązkę łączą z górną t. j. pierwszą. Ta pierwsza powstaje prawie przy samem wyjściu nerwu krzyżowego drugiego przez *foramen sacrale anticum*, przebiega ku tyłowi i dzieli się na dwie gałęzie, dolną bardzo wątłą i górną grubszą, która wchodzi w mięsień krzyżolędźwiowy. Anastomozy od gałązek dolnych widocznie służą do wzmocnienia téj gałęzi, która zaopatruje we włókna czuciowe dolną część *musculi sacrolumbalis*. Anastomoza *a* przynosi prawdopodobnie owe włókna czuciowe ruchoméj gałązce 1-éj. Bez przyjęcia udziału nerwów lędźwiowych może tedy powstać cierpienie mięśnia *sacrolumbalis* przy zajęciu nerwu kulszowego i splotu krzyżowego. Gałązki, o których mowa, objaśniają nam niezwykły przy *ischias* punkt bolesny między chrząstkozrostem krzyżobiodrowym a wyrostkami ciernistemi kości krzyżowéj i kręgów lędźwiowych. *Quadratus lumborum* zdrów jest, ale stara się ochronić tułów od zaburzeń w równowadze i ogranicza skurczem swym skolijozę tak, jak choremu jest najlepiéj. *Longissimus dorsi* nie bierze na siebie roli *musculi sacrolumbalis*, boby popsuł napięcie tego ostatniego, zabezpieczające od bolesnych skurczeń.

Za pomocą téj teoryi z łatwością można objaśnić każdy najdrobniejszy objaw tego cierpienia.

Przypadki spostrzegane przezemnie w każdym szczególe odpowiadają opisowi powyżéj podanemu, pomijam więc drobiazgowe opisy. (Tu nastąpiło demonstrowanie odpowiednich fotogramów).

[1]) Schüdel. *Ueber Ischias scoliotica. Archiv f. klin. Chirurgie Langenbecka* t. 38, z. 1.

*Scoliosis ex paresoanalgesia* (Morvan).

Cierpienia stawów, jak Szan. Panom wiadomo, zdarzają się zarówno w *tabes*, jak i w t. zw. pareso analgezyi. Otóż w tem ostatniem cierpieniu zdarza się też specyjalna skolijoza. Pierwszy o tem wspomnieli Broca i Prouff, a w październiku roku zeszłego (1887) bardzo zajmujący o tem traktat wyszedł z pod pióra Morvana [1]).

Z 12 chorych badanych w tym celu u 6 znalazł skolijozę, a u 6 nie.

1) mężczyzna, początek choroby w kończynie górnéj prawéj. Skolijoza wyraźna, zajmująca całą okolicę grzbietową z wypukłością prawostronną.

2) Kobieta, pocz. chor. w kończynie górnéj lewéj. Skolijoza grzbietowa prawostronna mniejsza, ale wyraźna.

3) Mężczyzna, pocz. chor. w kończ. górnéj lewéj. Skolijoza grzbietowa prawostronna bardzo znaczna.

4) Mężczyzna, pocz. chor. w kończ. górnéj prawéj. Skolijoza grzbietowa prawostronna, z największą wypukłością w górnéj części grzbietu.

5) Mężczyzna, pocz. jak wyżéj. Skolijoza grzbiet. prawostronna mniejsza.

6) Jak wyżéj. Skolijoza jak wyżéj, lecz znaczniejsza.

Skolijoza tedy zawsze była grzbietowa prawostronna. Już Bouvier twierdził, że u osób starszych skolijoza w ogóle powstaje zawsze prawie w tym typie (38 razy na 40 przypadków). Skrzywienie takie zdarza się i u innych chorych (n. p. u suchotników), ale nie w tak częsty sposób jak w parezoanalgezyi. Zdarza się ono w rozmaitych okresach tego cierpienia i nie jest w związku z objawami artropatycznemi, występuje najczęściéj wtedy, gdy choroba rozpoczęła się od ręki prawéj (na 8 znanych przypadków jest takich 6), sama choroba częściéj bywa u mężczyzn niż u kobiet (13 m. + 5 kobiet = 18), u pierwszych daleko częściéj rozpoczyna się od kończyny prawéj (8 praw. + 5 lew. = 13), a u kobiet od lewéj (1 praw. + 4 lew. = 5). Dla tego też skolijoza, o któréj mowa, częstszą bywa u mężczyzn (6 męż. + 2 kobiety = 8).

Broca i Prouff (2 przyp.) mówią, że chorzy opowiadali im, jakoby skolijoza miała powstawać u nich wcześniéj, niż parezoanalgezyja. Z chorych Morvana ani jeden nie wiedział, że ma skrzywienie kręgosłupa, rozumuje on jednak w następujący sposób:

Nikt pewnie nie widział, żeby zwyczajne skolijozy wywoływać mogły parezoanalgezyję, lub zastrzały, pęknięcia i objawy artropatyczne. (Ja sam widuję około 200 przypadków skolijozy rocznie, a nic podobnego nie zauważyłem). Jeżeliby przypuścić, że Broca i Prouff mają racyję, gdy podejrzywają, iż skolijoza była przyczyną choroby, to należałoby sądzić, że wywołuje ona przeważnie tylko prawostronne cierpienia, gdy dla lewostronnego cierpienia, przy którem rzadko ją spotkać można, musielibyśmy innéj doszukiwać się przyczyny.

Woli więc Morvan zaliczyć tę skolijozę do szeregu zmian troficznych, zdarzających się w chorobie w mowie będącéj, jako to: zastrzałka, cierpień stawowych, złamań samowolnych i wytwarzania się kostniaków (*osteophytes*). Objawy te jednak występują na terytoryjach, obsługiwanych przez te nerwy, które wychodzą z chorego miejsca rdzenia, a więc z nabrzmienia szyjowego między 6-tą parą nerwów szyjowych, a 1-szą grzbietowych. Trudno więc objaśnić sobie, dla czego powstaje krzywizna o łuku zajmującym całą część grzbietową kręgosłupa. Wiadomo jednak, że cierpienie mlecza może się z powyżéj wskazanego miejsca rozszerzać i opuszczać. Najczęściéj przechodzi z nabrzmienia szyjowego na lędźwiowe, oszczędzając części pośrednie. Pytanie jednak, czy oszczędzając nerwy ruchowe i czuciowe, nie zajmuje swoją drogą nerwów troficznych. Są to hypotezy, a wyjaśnienie sposobu powstawania skolijozy w parezoanalgezyi jest rzeczą przyszłości. (Dok. nast.)

[1]) Morvan. *De la Scoliose dans la Paréso-analgésie. Gazette hébdomadaire* 1887, Nr. 41, str. 664.

## II. Orzeczenia sądowo-lekarskie Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Seryja druga.

XVIII.

### Śmierć naturalna, czy z uduszenia.

Podał

**Prof. Dr. Blumenstok.**

W ostatnich dniach stycznia 1889 r., Jan T., stolarz z W. doniósł sądowi, że żona jego Tekla T., lat 30 do 33 liczyć mogąca, w połowie lipca 1888 r. bez jego wiedzy wydaliła się z W.; dniem wprzódy wydalił się był szwagier jego Antoni S., udając się podobno na robotę do Krakowa. Tekla T. miała mieć przy sobie około 1200 zł. Antoni S. był nieobecny do września 1888 r., w ciągu tych kilku miesięcy posyłał żonie swéj do 200 złr., a powróciwszy do domu miał przy sobie oprócz złotego zegarka z łańcuszkiem i inne kosztowności, a na zapytanie o pobyt Tekli S., podawał, że jéj wcale nie widział. Tak samo twierdził wobec Sądu, przesłuchany dnia 31 stycznia. Śledztwo atoli sprawdziło, że posądzony bawił z Teklą T. przez 4 tygodnie w Krakowie, zkąd robili wycieczki do Kalwaryi; następnie mieszkali przez 3 tygodnie w G. Dnia 13 września widziano ich we Lwowie, i sprawdzono, że tegoż dnia Tekla T. podniosła z kasy oszczędności przeszło 1000 złr. Odtąd zaginął wszelki ślad po Tekli T. Gdy nadto stwierdzono, że Antoni S. we wrześniu sprzedawał w Przemyślu suknie, pościel i kosztowności Tekli T., podejrzenie, że ostatnia sprzątnięta została w sposób tajemniczy i że sprawcą jéj śmierci był Antoni S., stało się tem silniejszem, a mimo to posądzony trwał uporczywie przy swojem tłumaczeniu; przyznał tylko, że w Krakowie spotkał się przypadkiem z Teklą, ale widział się z nią krótko; w Krakowie i Przemyślu pracował u rzemieślników, w pierwszem mieście nadto miał wygrać na loteryi większą sumę.

Sędzia śledczy wtedy kazał sporządzić fotogram posądzonego i w dziennikach publicznych ogłosił fakt zniknięcia Tekli T., prosząc o udzielenie wiadomości o jéj losie. Rysopis jéj opiewał: wzrost średni, włosy jasne, oczy niebieskie, twarz ściągła i chuda, cera blada, tusza dość dobra, na szyi brodawka.

Wskutek tego orzeczenia doszły sędziego rozmaite doniesienia i wskazówki, pomiędzy innemi nawet list z Berna morawskiego; wszystkie te doniesienia atoli okazały się jako nie mające żadnego związku ze sprawą. Dnia 24 kwietnia wreszcie otrzymał sędzia śledczy list bezimienny z miasta B. w Galicyi treści następującéj:

„W 2-iéj połowie września 1888 roku przybyło pewnego „dnia rannym pociągiem o godzinie 3-iéj dwoje osób, mężczyzna i kobieta młoda powyżéj lat 30 wieku i umieścili „się chwilowo w poczekalni 3-ciéj kl. na dworcu kolei w B. „Mężczyzna opowiadał przed ludźmi kolejowymi, że mają „oboje jechać do Rosyi. Rano wybrali się oboje na spacer, „widziano ich w okolicy dworca, gdzie do budnika wstąpili. „Ztamtąd powrócili znów do poczekalni, gdzie już do wieczora przesiedzieli. Wieczorem wybrali się znowu na spacer. „Około godziny 9-téj wieczorem wrócił towarzysz wspomnianéj kobiety sam na dworzec, spiesząc po drugiem dzwonieniu, aby mógł wrócić w kierunku do Lwowa. Nie nagabnięty „przez nikogo siadł szybko do wagonu 3-iéj kl. i odjechał. „Dnia następnego udał się budnik ów po siano do szopki, „która stoi w pobliżu budki i znalazł powyżéj wspomnianą „kobietę nieżywą w szopie sianem przykrytą. Doniosł o tem „naczelnikowi stacyi, a ten Sądowi, który zarządził oględziny „sądowo-lekarskie. Czy te wykryły przyczynę śmierci ko-

„biety, niewiadomo. Rzeczy tej nieszczęśliwej miały zostać „na kolei“.

Rozchodziło się teraz o sprawdzenie wiarogodności tego bezimiennego doniesienia, a następnie o sprawdzenie tożsamości osoby.

Na rekwizycyję sędziego śledczego Sąd w B. dnia 20 go kwietnia 1889 roku przesłał akta owego dochodzenia, razem z dwoma fotogramami zdjętemi z owéj kobiety, którą zmarłą znaleziono w szopie budnika; a równocześnie na podstawie fotogramu Antoniego S., przesłanego sobie razem z rekwizycyją sędziego śledczego, na podstawie zeznań budnika, jego żony i córki oraz restauratorki sprawdził tożsamość Antoniego S. z owym mężczyzną, w towarzystwie którego osoby te widziały na dworcu kobietę, którą następnego dnia znaleziono w szopie budnika.

Z aktów dochodzenia w B. dowiedziano się następujących szczegółów:

Dnia 15 września 1888 r. rewizor policyi w B. donosi, że budnik F. znalazł w słomie ukryte zwłoki kobiety nieznajoméj.

Tegoż dnia komisyja sądowa udała się do szopki, gdzie stała do chwili jéj przybycia warta. Po otwarciu drzwiczek 1 metr 45 cent. wysokich, zamykających się tylko na rodzaj zasówki drewnianéj z zewnątrz spostrzeżono we wnętrzu takowéj na sianie leżącą na wznak kobietę, któréj twarzy jednak widzieć nie było można, bo takowa jakoteż i kadłub aż do pasa przykryte były chustką wełnianą zieloną, a nadto jeszcze warstwą sianą przysypana. Widzialne tylko były na pierwszy rzut oka nogi w czerwone pończochy i sztyflety ubrane, tudzież kawałek spodnicy brudno żółtawo czekoladowego koloru, a z pod chustki zielonéj i siana wyglądała prawa ręka nie zaciśniona, z dłonią ku górze otwartą. Obok zwłok w nogach widzieć można koszyczek z kawałkiem chleba, śliwkami, orzechami, różańcem do modlenia, kozikiem małym i flaszeczką z jakimś czarnym płynem, tudzież kawałkiem czerwonéj szmatki, a w papierze zawiniętem mydłem; nadto obok koszyka postawiony na sianie parasol czarny z rączką ku ziemi, daléj razem w jednem miejscu dwie chusteczki, spodnica, kaftanik itd.

Po zdjęciu siana i owéj chustki z ciała widziano twarz kobiety nieznanéj, mającéj głowę chustką zawiniętą, pod brodą związaną, a na szyi spostrzeżono ślady od duszenia pochodzące, tudzież ranę, lecz nie krwawiącą, z lewéj strony; **wogóle nie znaleziono** ani na szatach zwłok, ani na sianie **żadnych śladów krwi**.

W szopce owéj, któréj powałą jest dach spadzisto ku przeciwnéj stronie od wchodu idący, jest tak mało miejsca, że w takowéj stać wyprostowanym nie można, a tylko człowiek dorosły klęcząc i na kolanach czołgając się może cały do środka wleść, a najwięcéj dwoje ludzi mogło się w środku pomieścić, zaś wytłoczone od strony wchodu obok zwłok z prawéj strony miejsce w sianie wskazuje, iż ktoś drugi leżeć musiał. Czy owéj kobiecie zadano gwałt w owéj właśnie szopce, skonstatować tego nie było można, prawdopodobieństwo zaś przemawia za tem, że sprawca leżąc na owem wtłoczonem w sianie po prawéj ręce od trupa miejscu lub na niem, co mimo niskości dachu możliwem jest, czyn swój wykonał, a jak się z położenia trupa domyśleć można, musiał to zrobić bardzo prędko i bez wielkiego oporu ze strony poszkodowanéj, bo koszyczek leżał u nóg trupa tak, jakby go kto położył nie przewrócony, parasol stał ku górze na ścianie, a w nogach była niska warstwa ściany siana, które przy poruszaniu nogami byłoby z pewnością upadło i nogi sobą pokryło, które jednak zupełnie odkryte znaleziono. Prawdopodobieństwo przemawia za tem, że ofiara obrała sobie sama ową szopkę jeszcze za życia na nocleg, że w niéj przed ułożeniem się do spania zdjęła ową suknię bronzową i kaftanik tudzież różowy fartuszek, a została tylko w koszuli i spodnicy czekoladowego koloru i kaftaniku, zaś chustka wełniana służyć musiała do przykrycia.

Z powodu, iż w szopce owéj stosunkowo wiele było siana, a dach spadzisty nisko przebiega, zaś trupa zastano daleko w głąb szopki tuż pod dach zasuniętego, przemawia prawdopodobieństwo za tem, iż kobieta owa sama do wnętrza szopki wlazła i to prawdopodobnie raczkując zasunęła się tak głęboko, a nie iżby ją ktoś już po śmierci tam wciągnąć mógł, bo w danym razie mógłby był tylko trupa wepchać do środka, nie zaś wciągnąć go, gdyż przy pchaniu trupa do środka byłoby siano ponad głowę zbite, czego jednak na miejscu nie znaleziono, siano bowiem było wiotkie. Od szopki owéj mieszczącéj prócz tego w sobie za ścianą chlew, który próżny zastano, stoi na południe w oddaleniu 5 metrów, 20 centimetrów mieszkanie budnika kolejowego F. przez tegoż zamieszkałe, z którego ku stronie owéj szopki wychodzą z jednéj strony wschodniéj drzwi, zaś z drugiéj północnéj strony okna od pokoju mieszkalnego i kuchni. W oddaleniu zaś na 3 metry 36 cent. od owéj szopki na wschód przebiega droga publiczna zasuwą kolejową zamykana

Po wyjęciu trupa ze szopki przetrząśnięto wszystko siano wewnątrz będące, niczego jednak prócz wyż podanych rzeczy nie znaleziono. Zwłoki kobiety owéj oddano do kostnicy, polecając zwierzchności gminnéj, aby aż do przedsięwzięcia sekcyi ustawiła koło trupa wartę.

Dnia 16 września 1888 r. po zdjęciu 2 fotogramów ze zmarłéj odbyto sekcyję sądową (Dr. A. chir. B.) i spisano następujący protokół:

Oględziny zewnętrzne. 1) Kobieta wzrostu słusznego, budowy silnéj, barczysta, o włosach blond, 20 kilka lat liczyć mogąca. 2) Twarz mocno obrzmiała, zaczerwieniona, usta lekko sinawe. Z nozdrzy, to jest otworów nosowych, tudzież z jamy ust wypływa krew płynna spieniona. 3) Prawe ucho zatkane watą, w obu kulczyki złote. 4) Na szyi od przodu znachodzą się 2 rany w pośrodku, a to górna nieco od góry ku dołowi i zewnątrz więcéj ku prawéj stronie skierowana, dolna o blisko ½ ctm. niżéj położona więcéj po stronie lewéj w kierunku czysto poziomym. Rana górna jest 5 ctm. długa, zaś rana dolna 4 ctm. Obie rany są tylko powierzchowne, przechodzą tylko przez grubość skóry i tkankę łączną podskórną nie nadwerężając atoli ani mięśni na szyi położonych, a tem mniéj krtani. 5) Brzuch wzdęty szczególnie w dolnéj części na podobieństwo, jak gdyby osoba w ciąży się znajdowała. Ze szpary sromowej wypływa po rozwarciu téjże dość spora ilość śluzu ropiastego (upławy białe). 7) Plecy okazują rozległe plamy pośmiertne. 7) Na reszcie ciała nie daje się uważać zresztą nic uwagi godnego.

Oględziny wewnętrzne. 8) Po przecięciu skóry głowowéj wypływa przy zdejmowaniu takowéj znaczna ilość krwi płynnéj ciemnéj. 9) Kości czaszki średniéj grubości, nigdzie nie uszkodzone, ich diploe miernie krwią przesiąkła 10) Opony mózgowe miernie napięte, połyskujące, do kości czaszki i do opon miękkich nie przyrosłe. Naczyń rozszerzonych żylnych tu nie ma. 11) Opony mózgowe miękkie nie zgrubiałe, nie zmętniałe, łatwo od mózgu się oddzielające. 12) Mózg sam w istocie korowéj nieco przekrwiony, wiśniowo brunatny, część rdzenna nie zmieniona, w komórkach bocznych około 2 łyżeczek od kawy płynu wodojasnego, sploty naczyniowe rozdęte, i krwią przepełnione. 13) Jama ust próżna. 14) Wyjęta krtań okazuje błonę śluzową jednostajnie ciemno czerwonawą nieco obrzmiałą, na błonie téj wznosi się kilka pęcherzyków gnilnych wielkości główki szpilki. Takie samo ciemne zabarwienie błony śluzowéj znachodzi się w niższéj części tchawicy. 15) Oba płuca są do klatki piersiowéj przyrosłe, prawe atoli w rozmiarze większym, takowe jest też zabarwienia ciemniejszego, lewe zaś zabarwienia jaśniejszego, szarawo-stalowego, na przekroju wypływa krew płynna spieniona. Oba płuca są wszędzie w dotknięciu gębczaste 16) Osierdzie zawiera około 10 gram płynu wodo-jasnego. 17) Mięsień serca powiększonego [1]) mocno tłuszczem około naczyń wielkich przerosły, wiotki, na przekroju żółtawo czerwonawo szary, w przybliżeniu do wosku podobny. Szczególniéj ściana serca prawego jest wiotką i zaledwie na 4 do 4½ milm. grubą. Mięsień cały jest kruchy i łatwo przedrzeć się dający. Tak w komórce prawéj jak w lewej tylko mała ilość krwi płyn-

[1]) Wyraz późniéj dopisany.

néj. Zastawki są wszystkie domykalne. Błona wewnętrzna aorty wstępującéj gładka i połyskująca. 18) Przepona mocna do góry podniesiona. 19) Żołądek bardzo mocno wydęty w okolicy Cardia i od zewnątrz t. j. od strony otrzewnéj czerwono nastrzykany. Po otwarciu tegoż i wypuszczeniu smrodliwych gazów znachodzimy około 5 łyżek papki żółtawéj, w któréj resztki łupin ze śliwek spożytych odróżniać się dają. Błona śluzowa żołądka całego jest zgrubiałą i mierną ilością śluzu pokryta, w okolicy Cardia i w górnéj części żołądka mocno nastrzykana i wykazuje kilkanaście wybroczynek podśluzowych wielkości maku aż do wielkości główki od szpilki. Treść żołądka po podwiązaniu przełyku wyjęliśmy do naczynia nam przyniesionego celem umożliwienia ewentualnego rozbioru. 20) Wątroba brunatno czerwona, nieco powiększona o brzegach twardych, na przekroju mierną ilość krwi zawierająca. 21) Śledziona stalowo-szara, dość jędrna, na przekroju krew ciemną płynnawą wydzielająca. 22) Jelita zawierają treść papkowatą, niczem szczególniejszem się nie odznaczające, ich błona śluzowa blado-różowa. 23) Nerki obie wyjęte dają się tylko z trudnością odłączyć od swych tkanek właściwych (*tunica renum propria*), a to tak dalece, że części nerek samych zawsze się oddzierają i wraz z błoną odchodzą, istota nerek korowa wygląda więc tak z błony swéj obnażona, jakby nadziurkowana grudkowato, jest ona ciemno-czerwono-czarna, bardzo krucha, bo niemal w palcach się rozłażąca, istota rdzenna również czerwona odróżnia się od istoty korowéj tak nieznacznie, że miejscami przejście jednéj substancyi w drugą z trudnością tylko rozpoznać się daje. Istota korowa jest przytem nieco obrzmiałą, t. j. grubszą i ponad cięciem reszty partyi lekko wzniosła. 24) Z jamy miednicy małéj wystaje macica w wielkości jabłka średniéj wielkości, w kierunku od góry ku dołowi wydłużonego. Po odpreparowaniu macicy od wiązadeł, od kiszki stolcowéj i od pęcherza przecięto takową, przyczem przekonano się, że jama téjże od przodu ku tyłowi spłaszczona, zawiera w obu kątach swych, gdzie jajowody się umieszczają, nieco śluzu. Pochwowa część macicy zwykłéj długości, pochwa pokryta śluzem zmętniałym, płynnym. 25) W pęcherzu zaledwie pół łyżki płynu żółtawego, zmętniałego.

Orzeczenie. 1) Nieznajoma nie zmarła wskutek czynów gwałtownych, t. j. wskutek urazu dokonanego od zewnątrz, z wyjątkiem bowiem ran skórnych na szyi (prot. l. 4) nie znaleziono zresztą żadnych znaków obrażenia lub gwałtu na zewnętrznych powłokach.

2) Śmierć nagła, jeżeli w ogólności śmierć u osób przedtem pozornie zdrowych w ciągu jednéj nocy wynikłą, jako taką nazwiemy, musiała mieć przeto inną przyczynę i to w zboczeniach wewnętrznych.

Nieznajoma cierpiała za życia na przewlekły nieżyt żołądka, pod koniec życia wybroczynkami krwawemi spotęgowany (prot. l. 19), na cierpienie nerek miąższowe na pół przewlekłe przebiegające (prot. l. 23) i rozszerzenie serca chorobą powyższą powodowane (prot. l. 17). Cierpienie nerek, o istnieniu i stopniu którego chora nawet wiedzieć nie potrzebowała, mieści w sobie zawsze cały szereg niebezpieczeństw dla życia, a każde z tychże może mianowicie po biesiadach, po nadmiarowem używaniu trunków, po znaczniejszem przeziębieniu lub innym wybryku stan ogólny nader groźnym uczynić, a nawet i życia pozbawić. Dzieje się to tem łatwiéj, im więcéj powikłania ze strony innych narządów (w tym razie rozszerzenie serca przy nikłości ścian tegoż) ewentualność niefortunną ułatwiają. Jednem z najwięcéj prawdopodobnych przyczyn śmierć nagłą w tym przypadku powodującą byłoby zatrucie krwi moczem: *uraemia,* która często, nagle i niespodziewanie występuje i życiu koniec kładzie. Przypadki takie są nietylko pod dostatkiem w literaturze znane, ale znam przypadki takie 3 i z własnéj prywatnéj praktyki z czasów dawniejszych, gdzie śmierć nagła nastąpiła w chwili, gdy chorego tylko za półchorego brano, gdy takowy krótko przedtem jeszcze chodził, a nawet umysł wesoły pozornie zachowywał. Za prawdopodobieństwem téj przyczyny śmierci przemawia: a) znaleziona w pęcherzu tylko bardzo mała ilość moczu zmętniałego (prot. l. 25); b) znaczniejsza ilość płynu w komórkach mózgowych (prot. l. 12); c) poprzedzająca pijatyka i spędzenie nocy zimnéj w komorze nie należycie osłonionéj.

3) Rany na szyi położone są wedle wszelkiego prawdopodobieństwa ranami przez zmarłą za życia samą zadanemi, która życie ukrócić sobie może chciała, trapiona cierpieniem swem przewlekłem, lub inną życie jéj wedle jéj wyobrażeń zatruwającą sprawą. Że rany te przez obcą nie zostały zadane ręką, naprowadza nas na myśl: a) że są od przodu położone (najczęstsze rany przez samobójców obierane), b) że są prawie równolegle do siebie położone, z tych górna nieco po stronie prawéj od przodu i góry nieco ku dołowi (dla samobójców władających ręką prawą najwygodniejsze cięcie), co świadczy, że je prowadziła ręka z spokojem na organizmie, również w spokoju leżącym), c) że są zbyt płytkie. Morderca chcący osobę życia pozbawić, robiłby cięcie głębokie do celu rychléj wiodące, a nie cięcia w skórze jak od zabawki, natomiast u samobójców są płytkie te rany dość częste ze względu, że bolesność nie dozwala często użyć większéj siły. Samobójca woli więc ranę powtórzyć jak na raz jedną głęboką zadać; d) wedle twierdzenia osób zmarłą tuż po śmierci oglądających rany na szyi miały być watą zatkane. Okoliczność ta również przemawia przeciw użyciu ręki obcéj, albowiem zbrodniarz na takich drobiazgowych opatrunkach czasu by zapewne nie tracił.

4) Z poglądem tym, że śmierć nieznanéj nie nastąpiła wskutek gwałtu obcą ręką zadanego, zgadzają się zresztą i podania, odnoszące się do stanu, w jakim zmarłą znaleźć miano. I tak znaleziono ją w komórce ciasnéj, wązkiéj i krótkiéj, komórka ta miała być tak krótką, że najmniejsze szamotanie się z przeciwnikiem musiałaby ściankę delikatną wywalić; parasolka, która przy niéj miala być znalezioną, miała być rączką ku dołowi zwróconą i tak ułożoną, w jakiem ułożeniu tylko najłatwiéj nieznajoma sama mogła to uczynić. Brak przedmiotowości właściwéj, albowiem nie była w ciąży (prot. l. 24), nie była pozbawioną kosztowności (prot. l. 3).

Wskutek tego orzeczenia stanowczego Sąd w B. zaniechał dalszego dochodzenia. (C. d. n.)

## III. Z oddziału położniczo-ginekologicznego prof. Dra Madurowicza w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

Sprawozdanie za rok 1887.

Podał
Dr. W. Harajewicz,
sekundaryjusz tego oddziału.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 6).

Zmiany chorobowe poza częściami rodnemi umieszczone i nie mające z niemi związku żadnego, były następujące: 1) *Febris intermittens* w połączeniu z gorączką, dreszczami i potami 9; 2) *Pleuropneumonia* 3; 3) *Erysipelas faciei* 1; 4) *Catarrhus apicis utr. pulm.* 1. Wszystkie połogi nieprawidłowe przebiegały z gorączką. Najczęstszą przyczyną téjże było zadrażnienie lub zapalenie tkanki macicznej, które albo bez dalszych następstw ustępowało, albo pozostawiało po sobie naciek i zgrubienie organu.

W 5 przypadkach wystąpiła gorączka u położnic skutkiem dłuższego zatrzymania stolca, stan nieprawidłowy jednak

ustępował najpóźniéj po 3 dniach, gdy tylko fizyjologiczna funkcyja jelit przywróconą została.

Najdłuższy czas trwania gorączki wynosił 6 tygodni u choréj, która urodziwszy w klinice, tamże już zaniemogła i do szpitala po zamknięciu kliniki przeniesioną została. Kobieta ta wśród całego pobytu na oddziale położn. wpadała z jednéj choroby w drugą tak, że przebyła *Peri et parametr. exsudativa, pleuropneumonia ambilateralis* i *nephritis parench. acuta*. Ciągłość ta następujących po sobie bezpośrednio chorób wskazywać tylko może na zakaźny charakter pierwotnego zapalenia tkaniny macicę otaczającéj. Przeciętna liczba dni, w których gorączka występowała, wynosi 10.

Z wyżéj wymienionych chorych, oprócz dwóch, które na inne oddziały przeniesionemi zostały, wszystkie opuściły zakład w dobrym stanie.

Pęknięcie międzykrocza wydarzyło się 16 razy, a z tego 2 przypadki podczas wydobywania płodu za pomocą kleszczy. Z wyjątkiem 4, do których wliczyć należy i 2 poprzednie pęknięcia, a które zajmowały całe międzykrocze aż do zdziergacza zewn., raz nawet z przedarciem takowego; reszta zalicza się do pęknięć małych, bo nieraz i do połowy krocza nie sięgały. O traktowaniu zboczenia tego dodam kilka słów niżéj.

Wracając jeszcze do przypadków śmiercią zakończonych nie mogę pominąć chociaż krótkiéj wzmianki o dwóch, które ze względu na przyczynę śmierci i zmiany nekroskopiją wykazane na uwagę zasługują:

I. Maryja M., rzym.-kat., wol., l. 24 z Podgórza, przyjętą została jako rodząca na oddział d. 19/9 1887 o g. 10 w nocy. Badanie wykazało: osoba dobrze zbudowana i odżywiona nie okazuje żadnych zewnętrznych nieprawidłowości, brudna tylko skóra na całéj prawie powierzchni ciała. Organa wewn., o ile zbadać było można w czasie porodu, prawidłowe, skarży się tylko za uciskiem na ból w prawem podżebrzu.

Stan części rodnych okazał: Ciąża I. Czaszkowe II. Niestosunku lub jakiejś nieprawipłowości porodowéj nie ma. Bóle przez rodzącą w brzuchu odczuwane, a niedokładnie lokalizowane odnoszonemi były do aktu porodowego.

Badając zauważono przeczulicę mięśniową i stan nerwowego podniecenia, co w pierwszym porodzie do rzadkości wcale nie należy.

O godz. 1 w nocy 20/9 nastąpił zupełnie prawidłowy poród płodu płci męskiéj małego, wagi 2000 gram., długości 45 ctm. Krwawienie po porodzie zwyczajne.

O godz. $2^1/_2$ w nocy, t. j. w półtory godziny po porodzie dostała położnica zupełnie nagle napadu drgawek klonicznych z utratą zupełną przytomności, przytem zwężenie źrenic i zupełne znieczulenie. Podano lewatywę z 2 łyżek rozczynu chloralu 10:200 i okład lodowy na głowę. Moczu zbadać było niepodobieństwem, gdyż bezwiednie pod siebie oddawała. W godzinę po pierwszym napadzie wystąpił drugi, w $^1/_2$ godz. trzeci, w kwadrans czwarty, aż wreszcie napady tak szybko po sobie następowały, iż od 8 rano do 12 w poł. 20/9 mimo lewatyw z chloralu, injekcyi morfinowych i okładów lodowych jeden szedł za drugim i chora wśród objawów obrzęku ostrego płuc o godzinie 12 w poł. umarła.

Obserwując chorą za dnia można było skonstatować tylko marmurkowane zabarwienie skóry, które wśród rozkładu szybkiego krwi zauważyć można częstokroć i nieregularnie na powierzchni ciała rozdzieloną ciepłotę. Ponieważ mocz nie mógł być zbadanym, przeto rozpoznano prawdopodobnie *Uraemia, squ. Eclampsia in puerpera.*

Autopsyja wszakże zupełnie inny obraz zmian chorobowych przedstawiła. Rozpoznanie bowiem anatomiczne brzmi: „*Partus. Involutio uteri completa. Apoplexia capillaris cerebri sanguinea insignis in hemisphaera cerebri dextra, squ. haemorrhagia praestanti in cavum ventriculi lateralis dextri, et haemorrhagia levioris gradus in ventriculo laterali sinistro et tertio. Ingens laceratio et emollitio totius fere hemisphaerae dextrae, nec non corporis striati et thalami optici dextri. Haemorrhagia ingens in ventriculo quarto, totum fere ventriculum obtinens, et conquassatio baseos medullae oblongatae (ventriculi quarti). Encephalomalacia totius fere lobi superioris sinistri. Apoplexia meningealis, praecipue ad regionem lobi praecunei dextri, circumscripta. Ecchymoses numerabiles cutis, textus subcutanei, pleurae utriusque sinistrae, pulmonum, peri- et endocardii, hepatis, lienis, renum, et omenti. Pneumonia lobularis catarrhalis ambilateralis incipiens. Bronchitis diff. Oedema acutum pulmonum. Dilatatio praestans totius cordis et degeneratio adiposa ejusdem. Hypoplasia aortae majoris gradus. Tumor lienis ter aucti acutus, gastromalacia, intoxicatio phosphorica.*“

Tak więc zmiany za życia rozpoznane nie znalazły potwierdzenia na stole sekcyjnym. Uwagę jednak na to zwrócić należy, że rodząca w nocy przyniesiona przy świetle gazowem badaną była, przeto i żółtaczka i blade wynaczynionki w skórze zabrukanéj tak niewyraźnie występowały, iż w braku podmiotowych objawów, albowiem rodząca nie skarżyła się na nic innego, oprócz nieokreslonych bólów w brzuchu, daléj dla braku wymiotów, jako też charakterystycznéj woni fosforu łatwo uwadze badającego uszły. Najciekawszą wszakże w tym przypadku rzeczą jest, że gwałtowny postęp ogólnego rozkładu i zmian w organizmie wystąpił dopiero po porodzie. Twierdzić tutaj można na pewne, że akcyja porodowa zmianami przez działanie fosforu wzniecconą była, gdyż płód urodził się niezupełnie donoszony, ale po porodzie dopiero zaczęły pękać tłuszczowo zwyrodniałe naczynia w mózgu skutkiem zwiększonego parcia krwi w tętnicach, występującego po skończonym akcie wydalenia płodu.

Znaczne zaś wynaczynienia szczególniéj w komórce czwartéj i ucisk na podstawę rdzenia przedłużonego wywołały na zewnątrz objawy, wzięte na karb następstw sprawy degeneracyjnéj w nerkach.

W każdym razie przypadek ten należy do bardzo rzadkich w położnictwie, a ze względu na kolejność i nagłość objawów na uwagę zasługujący.

II. Zofija Ż., rzym.-kat., zamężna, z Łańcuta jako roniącą przeniesioną została d. 13/9 1888 z oddziału chorób wewnętrznych, gdzie leżała z rozpoznaniem *Sarcoma glandularum retroperitoneal. Sarcoma digiti V manus dex. Cachexia sarcomatosa.*

Roniąca w 4 miesiącu pierwszéj ciąży dostała się na oddział położniczy w konającym stanie.

13/9 o godz. 8 rano ukończyło się poronienie, które samo przez się nic nieprawidłowego nie przedstawiało, a w 12 godzin potem położnica zmarła.

Na drugi dzień wykonana sekcyja wykazała:

*Sarcoma medullae ossis brachii dextri, fractura spontanea ejusdem brachii, nec non metastases sarcomatosae cranii verticis, pulmonum pleurae costalis utriusque, glandularum lymphaticarum colli, ac bronchialium, ovarii dextri, nec non digiti minimi manus dex. Atrophia musculi cordis, hepatis. Involutio completa uteri. Anaemia insignis universalis. Cystitis cat. acuta.*“

Przypadek ten o tyle wart jest wzmianki, o ile rzadko zdarza się akuszerowi obserwować u rodzących tak znaczne zmiany nowotw. w organizmie całym, a co ważniejsza i w części narządu rodnego tak, jak tutaj w jajniku prawym. Organ ten był już zapewne patologicznie zmienionym przed zapłodnieniem i funkcyi swojéj pozbawionym, a w takim razie drugi zupełnie prawidłowo zadanie swoje mógł spełnić. Co się zaś tyczy tych bardzo licznych ognisk przerzutowych w rozmaitych organach, tłomaczą się one tem, że pierwotne ognisko nowotworowe usadowić się musiało w takim organie, z którego z wielką łatwością cząstki tego nowotworu do innych narządów dostawać się mogły. W tym przypadku siedliskiem takiem głównem był szpik kości ramieniowéj i ztąd liczne części organizmu przerzuty swoje otrzymać mogły. (C. d. n.)

## IV. Oceny i sprawozdania.

### Chirurgija.

#### Harrison: O gorączce moczowéj.

Gorączka moczowa różni się od t. z. gorączki przyrannéj i powstaje wskutek wessania trujących części (alkaloidów), wytwarzających się albo z moczu, albo z tkanki, albo z wytworów rozkładowych rany, lub wreszcie ze wszystkich razem. Gorączki téj można uniknąć za pomocą cięcia cewki zewnętrznego, lub jeżeli się przez staranne sączkowanie mocz bezpośrednio na zewnątrz wyprowadza, lub jeżeli się w przy-

padkach, w których ten sposób jest niewykonalny, nie dopuszcza, aby mocz uległ zmianom, które po jego wessaniu przez ranę wywołują gorączkę. Sterylizowanie moczu osiąga się przez przestrzykiwanie rany i pęcherza sublimatem lub kwasem borowym, powtóre przez podawanie wewnętrzne leków, które w moczu się wydzielają, a przedewszystkiem chininy. Wnioski, które H. czyni co do leczenia zwężeń i ran cewki, są następujące: 1. W rozszerzaniu zwężeń lepiéj jest wprowadzić codziennie świeczki łatwo przechodzące, niż używać grubszych, ale rzadziéj. Jeżeli zwężenie jest tak wysokiego stopnia, że o rozszerzeniu nie ma mowy, to otwarte leczenie przez cięcie międzykrocza według Symego daje najlepsze wyniki, gdyż przez włączenie znacznego kawałka zdrowéj tkanki odzyskuje cewka prawidłowe światło. 3. W ranach cewki, powstałych przez uszkodzenie lub zabieg, w których sączkowanie moczu nie jest wykonalnem, oddaje dobre usługi przestrzykiwanie miejscowe, albo używanie leków wydzielających się moczem. 4. Powstaniu zwężeń można zapobiedz przez przestrzykiwania. 5. W pęknięciach cewki powstałych wskutek uderzenia lub upadnięcia na międzykrocze należy nawet w razach, w których można jeszcze cewnik przeprowadzić, wykonać cięcie międzykrocza z następowem wprowadzeniem sączka. (*Viertelj. f. Derm. u. Syph.* 1888, z. 3).

*Dr. Baschkopf.*

## Choroby oczne.

Wagenmann (Gietynga): **O ropieniu w ciałku szklanem, biorącem swój początek w bliznach pooperacyjnych lub zabliźnionych opadnięciach tęczówkowych.**

Oddawna pouczyło okulistów doświadczenie, że w oczach, na których wykonano wydobycie zaćmy, lub irydektomiję z powodu jaskry, a nawet i w takich, w których z powodu wrzodu rogówkowego lub jakiegokolwiek przypadkowego zranienia rogówki przyszło do opadnięcia tęczówki w ranę i następowego jéj zabliźnienia się, wytwarzają się nieraz nawet po wielu latach wrzekomo samoistnie, częściéj zaś po zadziałaniu nieznacznego urazu, ciężkie ostre lub przyostre zapalenia ropne w ciałku szklanem, cechujące się zarówno swym przebiegiem gwałtownym i rozległością nacieków ropnych, jak i niestosunkiem między nasileniem sprawy chorobowéj a urazem, który tu i owdzie wykazać się daje. O wyjaśnienie powstawania tych ciężkich spraw ropnych silono się już dawno i niejednokrotnie. Ale gdy jedni razem z Zehenderem obwiniali zbytnie naprężenie tęczówki w bliznę wgojonéj lub towarzyszące każdemu jéj opadnięciu o zdolność wywoływania tych groźnych zaburzeń w oku, to inni, jak Sattler, nie dochodzili do żadnych dodatnich rezultatów, lub jak Swanzy, przecząc teoryi Zehenderowskiéj, wskazywali na bezpośrednie sąsiedztwo źródła chorobowego z ciałkiem szklanem. Dopiero Leber wykazał w swéj pracy o międzykomórkowych przestworach przybłonka rogówkowego, ogłoszonéj w r. 1878, że w takich razach mamy do czynienia z całkiem świeżem zakażeniem, powstałem w miejscu blizny zazwyczaj przetokowato ku wnętrzu oka przebiegającéj, po nieznacznem czy to samoistnem złuszczeniu się przybłonka, czy też skutkiem zadziałania urazu ledwie dostrzegalnego. I to jednakże zapatrywanie, mimo poparcia przez niektórych badaczy, jak Va lude, znalazło przed 2 ma laty przeciwnika w osobie Despagueta. Ten bowiem wystąpił z twierdzeniem, że punktem wyjścia w mowie będących zapaleń są zawsze stare ogniska grzybków chorobotwórczych, które przechowawszy się w bliźnie po ropnem zapaleniu rogówki, kiedyś przed laty przebytem, pozostają tamże w stanie bezczynności dopóty, dopóki zadrażnienie oka, podtrzymywane przez zbytnie naprężenie opadniętej tęczówki lub przez podwyższenie ucisku śródocznego nie stworzy dla ich nowego rozwoju pomyślnych warunków

Otóż celem obrony zapatrywań Lebera podjął Wagenmann w ostatnich czasach pracę, w któréj oparłszy swe spostrzeżenia na 18 przypadkach nacieków ropnych w ciałku szklanem, zużytkował takowe wszechstronnie naukowo, poddawszy je ścisłemu badaniu patologiczno-anatomicznemu i bakteryjologicznemu. W szeregu téj wcale licznéj kazuistyki były przypadki, w których po upływie dłuższego czasu wystąpiło zapalenie ropne w ciałku szklanem: 4 razy w bliźnie, powstałéj po wydobyciu zaćmy, raz po irydektomii z powodu jaskry, a 13 razy po mniéj lub więcéj rozległych, przeważnie obwodowo położonych zabliźnionych opadnięciach tęczówki. Wynik poszukiwań jego był następujący: We wszystkich przypadkach, bez względu na przyrodę blizny, szerzyła się sprawa chorobowa ku wnętrzu oka od blizny. W niéj było zawsze pierwotne ognisko zakaźne i tu poszukiwanie mikroorganizmów wykazywało w pierwszym rzędzie stale ich obecność. Zmiany chorobowe w bliźnie saméj nie pozostawały w żadnym stosunku z ciężkiemi sprawami ropnemi w ciałku szklanem. Te ostatnie zależały jedynie od gwałtownego rozwoju grzybków chorobotwórczych, które wtargnęły do wnętrza oka przez otwartą bramę w bliźnie. Czas, jaki dzielił chwilę wytworzenia się blizny od wybuchu tylekrotnie wzmiankowanych zapaleń, wynosił miesiące, lata i dziesiątki lat. W oczach z bliznami rogówkowemi i przyczepinami tęczówki przodkowemi spostrzegał Wagenmann stałe wydęcie blizny. Przypuszcza on przeto, że takte oczy tem snadniéj ulegają po latach zapaleniu ropnemu, ile że przez wysterczanie i cienkość tkaniny bliznowatéj bardziéj są narażone na urazowe złuszczenie się przybłonka, lub samoistne pęknięcie blizny. Podwyższeniu przeto ucisku śródocznego nie może i on odmówić pewnego wpływu usposabiającego do powstania tych zapaleń, a nawet tym szczegółem tłomaczy sobie zjawisko, dlaczego z całego szeregu ócz, na których wykonano irydektomiję, do ropnych zapaleń przychodzi nawet po latach jedynie w takich, gdzie tę operacyję z powodu jaskry podjęto. Tam, gdzie blizna wytworzona po operacyi katarakty była w dalszem następstwie punktem wyjścia sprawy ropnéj, upatruje Wagenmann przyczynę w niezupełnie normalnym swojego czasu przebiegu pooperacyjnym.

Co do stopnia nasilenia takich zapaleń wydarzają się znaczne różnice. Obok spraw ostrych, prowadzących w kilku dniach do ropnego zapalenia całéj gałki ocznéj, napotyka się przypadki z przebiegiem przyostrym. Zależy to z jednéj strony od ilości i żywotności mikroorganizmów, z drugiéj od odporności tkaniny i stosunków anatomicznych. Im cieńsza blizna jest siedliskiem owrzodzenia ropnego, im bardziéj ciałko szklane czy to dla braku soczewki, czy z powodu nader obwodowego położenia przyczepin przodkowych przylega do tylnéj ściany blizny, im szybciéj wreszcie prowadzi wrzód do przebicia, tem gwałtowniejsze pojawiają się postacie zapaleń. Przeciwnie w przypadkach obecności soczewki, gdy tylna powierzchnia blizny wysłana jest wypociną od dawna uorganizowaną, gdy nadto przodkowy odcinek ciałka szklanego okazuje konsystencyję zbitszą, pochód mikroorganizmów bardziéj jest utrudniony, a sprawa ropna postępuje wolniéj.

Co do obszarów naczyniowych, biorących udział w tem zapaleniu, wymienia Wagenmann ciałko rzęskowe, naczyniówkę i siatkówkę i to wszystkie mniéj lub więcéj zajęte w równéj mierze. Bliższéj przyrody i właściwości mikroorganizmów tę sprawę wywołujących nie udało się autorowi wyśledzić. Raz jeden wykrył *staphylococcus pyogenes aureus*, innym razem *albus*, zresztą zaś po bezskutecznych próbach ograniczał swe badania do każdorazowego stwierdzenia obecności grzybków chorobotwórczych i to w pierwszym rzędzie w bliźnie saméj, jak i w głębi oka, a przedewszystkiem w ciałku szklanem, owéj znakomitéj, zdaniem jego, pożywce dla ich rozwoju. (*Archiv f. Ophthal. XXXV B. Abth. IV*).

*Dr. Bieńkowski.*

J. Przybylski: **Charakterystyka chorych ocznych, leczonych w Warsz. Ujazd. szpitalu w 1888 r.**

W ciągu roku leczono 1501, wyzdrowiało 1248, przeprowadzono do innych oddziałów 120, pozostało 133. Taki znaczny % wyzdrowień tłumaczy P. tem, że główny kontyngens chorych szeregowców dawały choroby spojówki (1023), z których głównie figurowały *trachoma et conj. trachomatosa* (696), ta istna plaga wojsk warsz. ros. okręgu. Próbowano operacyjnego leczenia jaglicy, z wyjątkiem wycięcia fałdy spojówkowéj z częścią chrząstki, o czem niedawno pisał Dr. Zieminski. Zwykle ziarno jaglicowe wyciskano na przechodowych fałdach, rzadziéj zeskrobywano takowe ostrą łyżeczką (a nie metal. pędzelkiem, jakto radzi Schröder), na częściach zaś chrząstkowych niszczono jaglicę zeskrobywa-

niem lub galwanokaustyką, która dawała najlepsze rezultaty. Przez wprowadzenie operat. leczenia jaglicy w ujazd. szpitalu skrócono pobyt w nim chorych z 6 ciu na 4 tygodnie, przyczem chorzy opuszczali szpital bez hypersekrecyj spojówki i zwykle bez granulacyj, chociaż z nieznacznemi bliznami w takowéj. Autor wspomina o wyzdrowieniu wszystkich 23 chorych, cierpiących na *keratitis xerotica*, do czego się przyczyniła ezeryna działająca w podobnych razach znakomicie. Fakt ten potrzebuje wyjaśnienia. Do ujazd. szpitala przysyłają też nie mało chorych, którzy zwolnieni bywają na komisyi od służby, skoro ostrość ich wzroku obu lub pr. oka bywa niższą niż 20/40, a do czego głównie się przyczyniają zmętnienia rogówkowe; niewiadomo dla czego takich pacyjentów zapisano do rubryki „wyzdrowiało“. W celach też optycznych w szpitalu wykonaną była 10 razy irydektomija w liczbie 23 całorocznych operacyj, z których wspomnieć wypada o paru tenotomiach i paru ekstrakcyjach zwichniętych do przedniéj komórki soczewek. (*Medicinskij Sbornik Warsz. Ujazd. woj. Hospitala*). *Dr. J. Talko.*

## Choroby uszne.

Dr. R. Dreyfuss i Dr. Schwabach (Berlin): **Influenza i choroby ucha.**

Między innemi powikłaniami influenzy zauważono podczas jéj ostatniéj epidemii w Europie znaczną ilość chorób ucha. Były to zapalenia ucha środkowego i ciężkie zapalenia błony bębenkowéj z wybroczynami. Podług spostrzeżeń D. błona bębenkowa bywała w przeważnéj ilości przypadków mocno zaczerwieniona, często sino-zabarwiona, przyczem na powierzchni występowały pęcherzyki (w liczbie 3 do 4) krwią wypełnione. Obserwowane przypadki odznaczały się niestosunkiem objawów podmiotowych do rzeczywistego cierpienia. Chorzy nie uskarżali się na większe bóle, niż to bywa przy zwykłem ostrem zapaleniu ucha środkowego. Choroby te ucha występują w 1-szym lub 2-gim dniu trwania influenzy, albo dopiero w 8—14 dni po jéj ustąpieniu. W pierwszym przypadku podług D. przypuścić należy, że zapalenie ucha środkowego powstaje wskutek bezpośredniego umiejscowienia się tamże właściwego zarazka influenzy, podczas gdy w przypadkach drugich sprawa zapalna dostaje się powoli z błon śluzowych jamy nosa i gardziela przez trąbki do jamy bębenkowéj. Ze względu na wybroczyny w błonie bębenkowéj widzi D. wielkie podobieństwo między influenzą a innemi chorobami zakaźnemi ostremi (odra, płonica, błonica, dur, ospa), w których występują podobne objawy ze strony uszu. Schwabach (Berlin) widział w pierwszych 14 dniach stycznia r. b. 62 przypadki ostrego zapalenia ucha środkowego i, o ile wywiady wskazywały, wszystkie były następstwem influenzy. Z tych 62 przypadków w 19 razach było zapalenie ucha środkowego ostre proste (*otitis media acuta simplex*), a w 43 przypadkach zapalenie ucha środkowego ostre ropne (*otitis media acuta suppurativa*). Prócz tego zajęcie jednostronne wydarzyło się 54 razy, a u 8 miu chorych było ono obustronne. J. Schwabach również jak Dreyfuss zwrócił uwagę na to, że choroby te ucha stosunkowo często kombinują się z krwotokami i podbiegnięciami w tkance błony bębenkowéj, co bardzo rzadko ma miejsce przy zwykłych ostrych zapaleniach ucha środkowego. Również zauważył S. częste równoczesne zajęcie zewnętrznego przewodu słuchowego. O ile dotychczasowe doświadczenia pouczają, rokowanie i przebieg są te same, co w zwykłych zapaleniach ucha środkowego (*Berl. klin. Wochenschrift*, Nr. 3, 1890).

W ambulatoryjum kliniki chirurgicznéj prof. Rydygiera leczono r. b. dwa przypadki zapalenia ucha środkowego, u których dokładne wywiady jako przyczynę inflenzę wykazały. Powikłanie to wystąpiło u jednego z nich w 3-cim dniu po pojawieniu się cierpienia ogólnego i rozpoczęło się od szumu w uszach, silnych bólów i upośledzenia słuchu. Po 10 cio dniowem trwaniu tych objawów, połączonych z bólem i zajęciem głowy, zgłosił się chory do kliniki. Badanie wykazało ostre zapalenie ucha środkowego prawego jakoteż zapalenie ucha zewnętrznego ze skąpą wydzieliną. Zastósowano przedmuchiwanie i jodoform z gliceryną. Objawy te wprawdzie powoli, ale w zupełności ustąpiły. U drugiego chorego pojawiło się zapalenie ucha środkowego ostre w 8 dni po przebyciu przezeń influenzy. W tym przypadku zapalenie ustąpiło już po dwukrotnem przedmuchaniu.

*Dr. Bohosiewicz.*

## Choroby kobiece.

Dr. Mensinga (Flensburg): **Badania nad niemożnością karmienia.**

Nazwa *Agalactia* oznacza tylko brak pokarmu u matki, niemożność zaś wogóle karmienia bez względu na przyczynę zwać się winno *Dysthitia (Stillungsnoth)*. Przyczynami jéj są:

I. Wady gruczołu piersiowego. a) Gruczoł nie jest dostatecznie rozwinięty (*Amastia*). b) Gruczoł jest rozwinięty, ale skutkiem zmian patologicznych, jak n. p. wskutek stłuszczenia lub zapalenia (*Mastitis*), nie funkcyjonuje. c) Wskutek ogólnéj dyskrazyi, bezkrwistości, bladnicy, osłabienia matki, pokarmu nie wydziela.

II. Wady przewodów mlecznych. a) Atonia ich ścian i częste wskutek tego torbiele mleczne ropniem się kończące. b) Twardość ścian i brak elastyczności (*Galactorrhoe*).

III. Wady brodawek. a) Niedostateczne ich rozwinięcie (*Amamillia*). b) Brodawki są rozwinięte, ale są twarde i nieelastyczne, albo też są zupełnie wgniecione tak, iż na zewnątrz przedstawiają się tylko jako szpara.

Wszystkie te wady mogą się kombinować. Niestety dopiero po połogu, kiedy już karmić przychodzi, zwraca się na nie uwagę, a wtedy już jest za późno. Wcześnie rozpoznane, w znacznéj swéj części dają się usunąć tak, iż karmienie w swoim czasie staje się możebnem. W celu wywołania silniejszego mleczenia u kobiet bezkrwistych lub atoniję gruczołu piersiowego posiadających, używał M. mięsienia gruczołu, które zazwyczaj po 20 tygodniu ciąży, bez obawy poronienia, z dobrym skutkiem wykonał, jak 3 na ostatku rozprawy opisane przypadki to stwierdzają. (*Int. kl. Rdschau*, 1890, Nr. 2).

## Choroby skórne i weneryczne.

Prof. Mosler-Gryfija: *Pemphigus chronicus malignus.*

Do chorób skórnych zakaźnych liczono dawniéj odrę, ospę i szkarlatynę, dziś zaś wiemy, że większa część chorób skórnych przebiegających w towarzystwie gorączki na zarazku natury bakteryjologicznéj polega. Odkrycie swoistego prątka róży zawdzięczamy Fehleisenowi. Rudolf Demme wykazał w *pemphigus* swoisty grzybek. Dalsze badania w tym kierunku są wskazane i obowiązkiem jest każdego lekarza przypadki téj choroby, czy to ostre, czy chroniczne w kierunku bakteryjologicznym badać. To skłania autora do ogłoszenia przypadku przez siebie spostrzeganego. Kobieta 39 letnia, przedtem zupełnie zdrowa, spostrzegła nagle na dziąsłach, podniebieniu i języku tworzące się pęcherze wielkości soczewicy. Po pewnym czasie pękały one, a na miejscu ich powstawały wrzody coraz bardziéj w głąb i w szerz się rozprzestrzeniające. Zęby zaczęły się chwiać i same przez się wypadały. Płukania przyniosły nieco ulgi, a wrzód na języku, którego domowy lekarz początkowo za raka miał, także nieco się oczyścił. Zmiany te w jamie ust z różnem nasileniem trwały przez całe lat cztery. Dopiero po tym czasie pęcherze jakby oparzelinowe wielkości grochu lub 5-markówki zaczęły się tworzyć także na skórze czoła, grzbietu i brzucha. Na różne maście i posypki pęcherze nieco przyschły i stan się polepszył, ale nie na długo, bo w rok potem odnowiły się całkowicie z większem nasileniem, zajęły bowiem także kończyny i srom. Treść ich z surowiczéj stała się ropną, a wybuchowi towarzyszyły dreszcze, gorączka i tak znaczne osłabienie, iż chora nie mogła już opuścić łóżka. Popękane pęcherze utworzyły znaczną płaszczyznę wrzodziejącą i w takim to stanie dostała się chora do kliniki w Gryfii. Leczenie polegało na długich ciepłych kąpielach, zasypywaniu owrzodzeń pudrem salicylowym, jako też na pomyślnem odżywianiu organizmu. Mimo to stan się wcale nie polepszył. Erupcyje nowych pęcherzy z treścią najpierw surowiczą, późniéj ropną, ciągle powtarzając się zajęły już prawie całe ciało. Błona śluzowa jamy ust, a nawet i krtani także owrzodziała. Wystąpiły wybroczyny na skórze, a ropa zaczęła się na powierzchni rozkładać i cuchnąć. Ciepłota coraz bardziéj się wzmagała, siły słabły. Badanie narządów wewnętrznych, o ile na to posokowata skóra zezwoliła, nie

wykazała nic godnego uwagi. Dr. Löffler badał na mikroorganizmy surowicę i ropę z pęcherza wziętą, lecz bez skutku, a małpa ropą zaszczepiona pozostała zupełnie zdrową. Zapalenie płuca lewego przyspieszyło koniec życia po miesięcznym pobycie choréj w klinice. Przypadek ten z tego względu zasługuje na uwagę, iż przez całe 4 lata tworzyły się pęcherze na błonie śluzowéj jamy ust, bez erupcyi na skórze, co autor po raz pierwszy widział, a w dostępnéj mu literaturze nigdzie nie wyczytał.

Hebra rozróżnia *pemphigus vulgaris* i *foliaceus*. Przypadek opisany należy do 1-szej kategoryi. Etyjologija téj choroby jest ciemną, a badania bakteryjologiczne w tym przypadku robione dały zupełnie ujemny wynik, dlatego i grzybek Demmego uledz musi pewnéj wątpliwości. (*Deut. med. Woch.* 1890, Nr. 1).

## Choroby nerwowe.

Dr. H. Oppenheim — Berlin. **Przyczynek do kiły, mózgu i rdzenia pacierzowego.**

Objawy i zmiany anatomiczne kiły, mózgu więcéj są znane niż rdzenia pacierzowego, aczkolwiek ostatniemi laty badania Charcota, Wagnera, Westphala, Jürgensa, a przedewszystkiem Rumpfa, do wyjaśnienia rzeczy wiele się przyczyniły. Kiła mózgu usadawia się najczęściéj na oponach i to częściéj na podstawie niżeli na powierzchni wypukłości już to w postaci rozsianej już to ograniczonéj. (*Meningitis diffusa et circumscripta basilaris syphilitica*). Podstawa mózgu przy formie rozsianéj, wygląda jakby była oblaną płynem gęstym do parafiny podobnym. Płyn ten rozlewający się najczęściéj w okolicy *Chiasma peduncuti*, wciska się we wszystkie rowki i zagłębienia. Nerwy z miejsc tych wychodzące są łącznotkankowo zgrubiałe, także i ściany tętnic podstawowych są przerosłe, tak iż światło naczynia w skutek tego jest mniejsze. Zgrubienie to polega na wytwarzaniu się tkanki granulacyjnéj o licznych komórkach. Tkanką tą przeniknięta jest *adventitia* i *intima* tak dalece, iż często zamknięcie naczynia wywołują. Tkanka ta granulacyjna wywołuje także zgrubienie pochewki nerwu, wskutek czego przychodzi do zaniku saméjże istoty nerwowéj. Zmianie téj ulegają w pierwszéj linii najpierw n. n. *oculomotorius i opticus*.

Objawy kliniczne, jakie téj chorobie towarzyszą, są następujące: Ból głowy, nudności i wymioty, zawrót głowy i drgawki czasowe. Do tego przyłączają się różne zboczenia umysłowe, które jednak naprzemian przeplatane są okresami zupełnego zdrowia psychicznego, i ten objaw jest charakterystycznym dla kiły mózgu. Następnie występują porażenia w obrębie nerwu okoruchowego i wzrokowego. Częsta anosmia, t. j. zboczenia w powonieniu, świadczą o zmianach w *n. olfactorius*, a znieczulenia gałązek nerwu trójdzielnego są częstą przyczyną zapalenia rogówki (*Keratitis neuroparalytica*). Cieplota jest ciągle normalna, co jest ważnym objawem rozpoznawczym, albowiem pozwala nam wykluczyć zapalenie opon gruźlicze. Wszystkie te objawy zmieniają swoje nasilenie w miarę jak zmiany anatomiczne znów się wyrównywają lub na sile przybierają. Najlepiéj spostrzegać się to daje na zmyśle wzroku. W krótkim dość przeciągu czasu pole widzenia może się ścieśniać lub znów rozszerzać, tak iż mierząc je, ciągle inną dostajemy figurę. Przytem siła wzroku także jest różną (*Hemianopsia fugax*). Ta niejednostajność w nasileniu objawów jest charakterystyczną dla kiły mózgu. Wskutek obliteracyi naczyń przychodzi do wynaczynień i objawów udaru mózgowego. Dzieje się to zazwyczaj już w późnym okresie, i apopleksya ta nie występuje nagle, lecz poprzedzaną bywa objawami wyż opisanemi. Cały proces przebiega chronicznie i może lata trwać. Rokowanie przy energicznem leczeniu rtęcią, w pierwszych początkach, jeżeli mamy do czynienia tylko z objawami nerwowemi, jest wcale korzystne. Jest ono złem, jeżeli rtęcią nie leczymy i jeżeli wystąpią objawy naczyniowe a przedewszystkiem apoplektyczne.

Według Jürgensa niema kiły tylko samego rdzenia pacierzowego. Łączy się ona zawsze z kiłą mózgu, a raczéj z mózgu posuwa się ona ku dołowi, ale nigdy na odwrót. Obraz anatomiczny w obec kiły w rdzeniu jest ten sam co obraz kiły mózgowéj. Kiła i tu wychodzi z opon, najczęściéj w kształcie rozsianéj i tu obejmuje naczynia i nerwy, zmieniając je tak samo jak w mózgu. Objawy kliniczne kiły rdzenia pacierzowego będą podobne do objawów, jakie występują w przebiegu *myelitis* lub *tabes*, a rozróżnienie opierać będziemy mogli na następujących danych: a) Równocześne lub poprzedzające wystąpienie objawów mózgowych w sferze nerwowéj, naczyniowéj i psychicznéj; czasem zwykły ale stały ból głowy może rozstrzygnąć rozpoznanie. b) I w obec kiły rdzenia pacierzowego nasilenia objawów są zmienne, wprawdzie nie tak dobitnie jak w mózgu, ale i na tym objawie rozpoznanie oprzeć możemy. A zatem znieczulenia i porażeniakończyn będą raz większe, to znów mniejsze; objawy ataksyjne i zmienianéj koordynacyi ruchów wystąpią dobitnie, aby znów zniknąć; bezwiedne oddawanie moczu i stolca przeplatane będzie stanem normalnym; odruchy ścięgniste na rzepce jakoteż objaw Westphala także niejednostajnie występować będą. c) Porażenie i znieczulenie połowicze Brown Séquarda w początkach da się udowodnić, w późniejszym okresie zatraca się. d) Objawy, ktore występują, nie dadzą się wytłomaczyć za pomocą tylko jedno-gatunkowego ogniska chorobowego, ale większą ich ilością, n. p. gdy mamy porażenie kończyn dolnych, równocześnie występują nerwobóle kończyn górnych lub nerwów mózgowych jako objaw zadrażnienia początków nerwów i opon. e) *Tremor* i *nystagmus* przemawiać będą za *Sclerosis disseminata*. W rdzeniu pacierzowym prócz zmian, które wywołuje kiła, możemy często także napotkać zmiany łącznotkankowe w postaci zwykłego zaniku istoty nerwowéj, a pod względem anatomicznym i klinicznym zwykłemu zwyrodnieniu rdzenia odpowiadające. Autor nazywa tę odmianę *pseudo-tabes syphilitica*.

Rokowanie w kile rdzenia jest stanowczo gorsze niż w *lues cerebralis*, a pochodzi to ztąd, iż rdzeń pacierzowy jako organ wąski w krótkim czasie na całym swym przecięciu poprzeczném chorobowo zostaje zajęty, wskutek czego zupełna przerwa w przewodnictwie nerwowém następuje. Mimo to rozpaczać nie ma przyczyny, bo znane są przypadki, w których energiczne leczenie rtęciowe i te objawy usuwały. W końcu ostrzega autor przed podawaniem rtęci w tak zwanéj *neurasthenia syphilitica*. Nie jest ona niczem innem jak tylko *syfilidofobią*. Inteligentni ludzie, kiłą zakażeni, wiedzą iż istnieje kiła mózgu obłąkaniem się kończąca i téj się najbardziéj obawiają. Obawa sprawia i wmawiają sobie niektóre objawy mózgowe, jak ból i zawrót głowy. Nigdy nie należy naddawać takim pacyjentom i podać rtęć, aż nie będziemy mieli wybitnych objawów ogniskowych, do których przedewszystkiem porażenia w zakresie *n. oculomotorius* należą. Objawy te, jeżeli rzeczywiście mamy kiłę mózgu przed sobą, niedługo na siebie dają czekać. Jeżeli po pewnym przeciągu czasu nic pojawiają się, to mamy do czynienia z neurastenią. (*Berl. kl. Wscht 1889 Nr. 48—49*).

*Dr. Mendelsburg.*

## Toksykologija.

J. Klimesch (Graz): **Przypadek samootrucia dwuchromanem potasu.**

Usiłowania samobójstwa za pomocą przetworów chromowych nie są wogóle częste. Zwyczajnie używano w zamiarach samobójczych soli chromanu i dwuchromanu potasowego, a między niemi zajmuje dwuchroman potasowy tak ze względu na częstość spostrzeganych otruć, jak i niszczącego działania, pierwszorzędne miejsce. Pelikan uważa go za truciznę równego znaczenia, co arsen i sublimat. Jego łatwa rozpuszczalność w wodzie ułatwia z jednéj strony szybkie wessanie, z drugiéj rozległe działanie na tkanki, w których wywołuje ostre zmiany zapalne. I tak możemy zauważyć wszystkie odcienia zapalenia przewodu pokarmowego aż do głębokich owrzodzeń w ustach, gardle, żołądku, i stósownie do ilości wprowadzonéj trucizny, także w jelitach. Szczególnie cechującem jest zapalenie nerek (*Chromniere*). Ilość soli chromowych, użytych w różnych przypadkach otrucia, tylko rzadko stwierdzono i to w przybliżeniu. I tak nie osiągnął samobójca przez zażycie 1-go gramu bezwodnika kwasu chromowego swego zamiaru, natomiast umarła 25-cio letnia kobieta w 14 godzin po zażyciu kawałka chromanu potaso-

wego wielkości orzecha laskowego. Lewin sądzi, że dawka śmiertelna dwuchromanu potasowego dla człowieka jest naj prawdopodobniej niżéj 8-miu gramów, ale uważa także wyleczenie po zażyciu 8 miu gr. za możebne. Króliki i psy giną już po 0·06 do 0·36 gr. Klimesch badał w zakładzie chemii lekarskiéj mocz, stolec i wymiociny 43-letniego stolarza, który z gwałtownemi wymiotami przyjęty został do kliniki lekarskiéj prof. Rembolda. Człowiek ten podał, że roztarł kawałek dwuchromanu potasowego, 2—3 gr., i w zamiarze samobójczym zażył, nie popiwszy wodą. Okazywał zwykłe objawy zatrucia chromem: dławienie się, wymioty, palenie w żołądku, wielkie znużenie, duszność, ból i zawrót głowy, na błonie śluzowéj ust strupy z oparzenia, żółtaczkę skóry, powiększenie śledziony, tętno częste, drobne, oliguryję. Śmierć 10-go dnia po otruciu. Oględziny wykazały rozległe wynaczynienia w płucach, w różnych błonach śluzowych, a w nerkach obok świeższych także dawniejsze zmiany. Z badania chemicznego moczu i stolca wynika, że dwuchroman potasu po dawce śmiertelnie działającéj zostaje bardzo szybko z ustroju wydzielony, przynajmniéj z moczu znika. Uderzającem daléj jest, że mimo wysokiéj gorączki wydzielanie kwasu moczowego spadło niżéj zwykłej najmniejszéj ilości, a względnie zupełnie ustało. (*Wien. klin. Woch.*, 1889, Nr. 38).

## Notatki lecznicze.

**W sprawie mechanicznego leczenia cholery dzieci.** Usunięcie resztek pokarmowych pozostałych w żołądku i jelitach jakotéż prątków i ptomainów je zamieszkujących uważa Seibert (*Med. Mon-Schrft.* zeszyt 7) jako pierwsze i najważniejsze wskazanie. Nawet wtedy, gdy nie ma nudności, wskazane jest wypłukanie żołądka. W gwałtownych przypadkach wykonywa się je w ten sposób, że daje się dziecku prędko wypić pełną wielką szklankę zimnéj wody, do któréj pierwéj dodał kawową łyżeczkę wódki, i teraz sprowadza wymioty przez wprowadzenie palca do gardła a pomaga jeszcze przez uciskanie żołądka dłonią. Korzystném jest także przed wymiotami trzymać dziecko przez kilka sekund głową ku dołowi zwróconą, gdyż wtedy mięszają się prędzéj przylegające w dnie żołądka resztki pokarmowe z wodą wprowadzoną. Wypłukanie to powtarza się 3 razy. Jeżeli dzieci nie połykają, należy użyć cewnika. Wypłukania jelit należy użyć w wszystkich przypadkach; 2—3 razy dziennie należy jelito grube oczyszczać zapomocą irygatora i przegotowanéj ciepłéj wody. Główne zasady są: wysokie ułożenie grzbietowe dziecka i dostateczna ilość wody. S. wprowadza do jelita tyle wody, aż ona przez parcie nie zostaje napowrót wyrzuconą i powtarza to postępowanie dopóty, dopóki nie odpływa czysta woda i nie zużył najmniéj 2—3 kwart. Ostrożne, lecz silne mięsienie brzucha posuwa wodę wysoko do góry i wspiera oczyszczenie jelita. Wobec wysokiéj gorączki uważa S. zimną wodę za wskazaną. W silném zapaleniu jelit z stolcami krwawemi można użyć z korzyścią i bez niebezpieczeństwa wstrzykiwania do jelit roztworu azotanu srebrowego (1:100—500). *Dr. Baschkopf.*

## V. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Dr. Babczyński: **O leczeniu błonicy za pomocą szczepienia róży.**

Kilka przypadków bardzo ciężkiéj błonicy, które zakończyły się pomyślnie po przyłączeniu się przypadkowem róży, zachęciły Dra Babczyńskiego do spróbowania, czy nie udałoby się, szczepiąc chorym na błonicę różę, ocalić ich od téj groźnéj niemal śmiertelnéj u dzieci choroby. W pierwszym przypadku, nie mając czystéj hodowli, Dr. B. zaszczepił krew chorego na różę dziecku choremu na błonicę w okolicy gruczołu podszczękowego: róża się rozwinęła, błonica po 24 godzinach znikła, dziecko wyzdrowiało. Nie mając jednocześnie chorych na różę i błonicę, B. dopiero w kilka lat późniéj zdołał dostać czystą hodowlę róży na *agar agarze* i zaszczepił ją 14 dzieciom chorym na błonicę lub płonicę. Róża przyjmowała się dobrze zwykle po 8—10 godzinach po zaszczepieniu i w miarę rozwijania się róży znikały błony w gardle, gorączka się zmniejszała, ogólny stan się polepszał. Z 14 szczepionych stracił B. dwóch (szczepienia były robione tylko w rozpaczliwych przypadkach), lecz ci dwaj mieli zaszczepioną różę w ostatnich niemal chwilach życia, tak, że już róża się nie zdołała rozwinąć. (Jedno dziecko umarło w 3, drugie w 5 godzin po zaszczepieniu). Sam przebieg róży był łagodny, róża prędko przechodziła tak, że z téj strony żadnego niebezpieczeństwa nie było. Chorzy po zaszczepieniu byli pozostawieni zupełnie bez lekarstw. W końcu Dr. B. zwraca się z prośbą do tych kolegów, którzy mają hodowle róży, aby zechcieli spróbować jego sposobu leczenia i aby mu przysłali hodowli róży, gdyż będąc lekarzem wiejskim nie ma swego laboratoryjum, a hodowle, które miał, zepsuły mu się.

Wobec gorących słów zachęty ze strony Dr. B. i dosyć szczegółowego opisania leczonych przez niego przypadków, które jednak zakończyły się pomyślnie, sądzę, że sprawozdanie to nie będzie obojętnem dla szerszego koła lekarzy. (*Wiestnik obszczestwiennoj gigijeny sudiebnoj i prakticzeskoj mediciny*). Tomaszów gub. Piotrkowska

*Dr. G. Pisarzewski.*

L. 2609. **Okólnik**

do wszystkich PP. c. k. Starostów i WWPP. Prezydentów miast Lwowa i Krakowa.

Reskryptem z 31 grudnia 1889 l. 24777 zawiadomiło wys. c. k. Ministerstwo spraw wewnętrznych, że według komunikatu Ministerstwa skarbu pewna zagraniczna firma usiłowała przez pewien urząd cłowy w Czechach, pod fałszywą deklaracyją „Polysanderbeize“ wprowadzić do Austryi pewien środek leczniczy, „Sanjana“, który przez różne czasopisma jako środek dla cierpiących na piersi był polecany.

Ponieważ jest rzeczą możliwą, że ten lek niewiadomego składu i w naszym kraju w handlach lub aptekach sprzedawać będą, wzywa się Pana, aby w tym względzie przestrzegał ściśle obowiązujących postanowień rozporządzenia ministerstwa spraw wewnętrznych i handlu z 17 września 1883 (Dz. u. p. Nr. 152) i w danym razie doniósł bezzwłocznie c. k. Namiestnictwu przy dołączeniu próby tego leku w oryginalnem opakowaniu.

Lwów, dnia 24 stycznia 1890. W zastępstwie: *Lidl.*

## VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** 13 lutego. Sejmowi węgierskiemu przedłożony został dnia 21 stycznia r. b. projekt ustawy, odnoszący się do utworzenia we Węgrzech Senatu prawno-lekarskiego. Do Senatu tego należeć mają: 1) opinie w zakresie kwestyj sprawiedliwości; 2) rewizyje orzeczeń sądowo-lekarskich; 3) opinie o uchybieniach lekarskich; 4) opinie o likwidacyjach lekarskich; 5) w sprawie obsadzenia posad lekarzy sądowych i więziennych; 6) propozycyje we wszystkich sprawach sądowo lekarskich; 7) badania sądowo-lekarskie w przypadkach szczególnie ważnych; 8) superarbitria w sprawie stanu zdrowia urzędników i sług sądowych. Prezes i wice-prezes Senatu mianowani będą na lat 6, po upływie których mogą być na nowo mianowani. Referenci wybierani na 3 lata, $^1/_3$ część ich występuje po roku, lecz mogą na nowo być wybierani. Tak więc Węgrzy na tem polu wyprzedzają nietylko zachodnią połowę monarchii, ale nawet inne państwa cywilizowane.

* Otrzymaliśmy Nr. 13 „Odczytów klinicznych“, wydawanych przez redakcyję „Gazety Lek.“, zawierający Studyjum kliniczne Dra Alfreda Sokołowskiego o skrytych postaciach suchot płucnych.

* Egzamina fizykaekie. W roku 1889 zgłosiło się w Austryi 58 lekarzy do egzaminu rządowego, a mianowicie we Wiedniu 8, w Pradze czeskiéj 18, w Insbruku 3, w Gracu 10, w Krakowie 19. Z tych 58 lekarzy 12 złożyło egzamin celująco, a 4-ech uznano za nieuzdolnionych.

* **Zmarli**: Z influenzy w Lyonie prof. chir. Daniel Mollière i prof. terapii Cauvet; w Heidelbergu dnia 4-go lutego Oton Becker, prof. okulistyki (urodzony d. 3 maja 1828 roku w Mecklenburskiem, kończył nauki lekarskie we Wiedniu, był uczniem i asystentem Arlta, a od roku 1868, po przeniesieniu się Knappa do N.-Yorku, prof. w Heidelbergu). Dał się poznać jako tłumacz dzieła Dondersa o wadach refrakcyi i akomodacyi i współpracownik w dziele Graefego i Saemischa.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Nowinach Lek.* Nr. 2: Błażejewskiego: Terapija niektórych chorób płucowych (dok.); Chłapowskiego: Rozszerzenie się gruźlicy przez mięso a żebractwo żydowskie; Panieńskiego: O śmierci przez zmarznięcie ze stanowiska med.-sądowéj (c. d.); Rościszewskiego: Wynik leczenia 19 przyp. wola; Wicherkiewicza

B.: O wartości leczenia samoistnie odczepionéj siatkówki (dok.): — W *Medycynie* Nr. 6: Szwajcera: Influenza w Warszawie. — W *Pamiętn. T. L. warsz.*, z. 4: Fajersztajna: Zakończenia nerwowe w tarczach końcowych żaby; Siergiejenki: Materyjały do badań n. działaniem adonidyny na ustrój człowieka i zwierząt (dok.).

**Towarzystwo lekarskie krakowskie** odbędzie dnia 19-go b. m. o godzinie 6-téj po południu w gmachu kliniki chorób wewnętrznych w dawnéj sali wykładowéj kliniki chirurgicznéj posiedzenie zwyczajne, na którem: 1) kol. Lustgarten przedstawi przypadek *spina bifida*; 2) kol. Hempel okaże przypadek mięsaka uda z niezwykłem usadowieniem przerzutów; 3) kol. Rydel opowie i przedstawi przypadek wydobycia odłamka stali z ciałka szklanego za pomocą elektromagnesu; 4) kol. Gluziński poda spostrzeżenia nad influenzą.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

L. 149. **KONKURS.**

Gmina kr. woln. miasta Mikołajowa w powiecie Żydaczowskim rozpisuje niniejszem konkurs na opróżnioną posadę lekarza miejskiego, w któréj miejscowości jest także siedziba c. k. Sądu powiatowego.

Z tą posadą, która nadaną zostanie prowizorycznie, połączona jest płaca rocznych 600 złr., tudzież część dochodów za oględziny bydła na rzeź przeznaczonego. PPDrowie wszech nauk lekarskich otrzymają pierwszeństwo.

Obowiązkiem lekarza miejskiego będzie w gminie miasta Mikołajowa wykonywać wszelkie czynności lekarskie i sanitarne, odnoszące się do policyi zdrowia tak we własnym zakresie gminy, jako też i w poruczonym jéj zakresie, również oględziny ciał zmarłych, bezpłatne leczenie mieszczan Mikołajowskich i oględziny bydła na rzeź przeznaczonego.

Podania należycie udokumentowane należy wnieść do tutejszéj Zwierzchności miejskiéj najdaléj do 1 marca 1890.

W Mikołajowie dnia 9 lutego 1890.

25—3—1 Burmistrz: *Mickiewicz.*

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.